

## DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO

### PER INTERVENTO DI CHIRURGIA PARODONTALE CON RIALZO DEL SENO MASCELLARE

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già oralmente espressi nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

#### a) DESCRIZIONE E NOZIONI GENERALI

Il seno mascellare è una cavità che si trova nell'osso mascellare superiore, al di sotto dello zigomo. La sua funzione è di alleggerire il peso delle ossa del cranio; è collegato alla cavità nasale ed è rivestito di una sottile membrana mucosa. L'estrazione o la perdita dei premolari e dei molari superiori causano spesso, entro qualche mese, un processo di riassorbimento dell'osso che funge da supporto per la radice del dente. Il risultato è che l'osso mascellare risulta troppo sottile per il posizionamento dell'impianto. L'intervento di rialzo del seno mascellare o sinus lift è una tecnica chirurgica che consente, previo scollamento della gengiva e dell'osso sottostante, di riempire di osso sintetico la parte del seno mascellare che servirà successivamente all'inserimento dell'impianto. Dopo circa 6 mesi, l'osso sintetico, colonizzato dalle cellule dell'osso del paziente, riceve, pertanto, l'altezza sufficiente per essere saldamente ancorato alla struttura ossea ed adattarsi all'inserimento dell'impianto.

#### b) BENEFICI DELL'INTERVENTO

L'intervento di chirurgia parodontale con rialzo del seno mascellare consente di ripristinare una corretta occlusione attraverso la realizzazione di una protesi fissa.

#### c) RISCHI E COMPLICANZE

I principali rischi e complicanze derivanti dall'intervento di rialzo del seno mascellare possono comportare:

- Edema;
- Ematoma;
- Sanguinamento;
- Sovrainfezioni;
- Sinusiti;
- Epistassi;
- Empiema del seno con necessità di revisione sinusale;
- Perforazione della membrana del seno con possibile sospensione dell'intervento;
- Mancata integrazione o riassorbimento dell'innesto con impossibilità di posizionare gli impianti.

#### d) INDICAZIONI POST TRATTAMENTO

Ai fini della buona riuscita dell'intervento, è fondamentale:

- rispettare le raccomandazioni post trattamento preventivamente comunicate e consegnate dal medico-odontoiatra;
- seguire le istruzioni per una corretta igiene orale;
- presentarsi, con regolarità, a tutti i controlli post trattamento preventivi e concordati con il medico-odontoiatra.

#### e) POSSIBILI ALTERNATIVE ALL'INTERVENTO

Non eseguendo l'intervento di rialzo del seno mascellare e quindi non ottenendo una neoformazione ossea, non sarà possibile inserire gli impianti che rendono realizzabile una protesi fissa; sarà possibile ricorrere, in alternativa, ad una protesi mobile tradizionale (scheletrato o dentiera) o ad una protesi fissa tradizionale (ponte) sfruttando come pilastri i denti adiacenti, quando presenti.

#### Osservazioni di rilievo nel caso specifico:

---

---

---

---

---

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

#### DICHIARO

- di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo, la natura e i benefici dell'intervento di rialzo del seno mascellare di cui ai punti sub a) e b);
- di essere stato/a informato/a e di aver acquisito consapevolezza riguardo ai rischi ed alle complicanze di cui al punto sub c);
- di essere stato/a informato/a e di aver compreso l'impossibilità di prevedere con esattezza le capacità e le tempistiche di guarigione dell'osso e dei tessuti molli, dopo l'inserimento dell'innesto;
- di essere stato/a informato/a e di aver compreso che il posizionamento degli impianti contestualmente all'intervento di sinus lift o grande rialzo del seno mascellare verrà deciso dal medico odontoiatra durante l'intervento chirurgico in base allo spessore ed alla consistenza ossea residua;

- di essere stato/a informato/a e di aver compreso la necessità di attenersi scrupolosamente alle raccomandazioni post trattamento, nonché alle istruzioni di igiene orale, e di sottoporsi regolarmente ai controlli periodici di cui al punto sub d).

Presto pertanto l'assenso all'esecuzione delle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

Reggio Emilia, \_\_\_\_\_

Firma del paziente o di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_

Dr./Dott.ssa

\_\_\_\_\_